

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesejahteraan suatu bangsa di pengaruhi oleh kesejahteraan ibu dan anak, kesejahteraan ibu dan anak di pengaruhi oleh proses kehamilan, persalinan, nifas, neonatus dan juga pada saat pemakaian alat kontrasepsi. Proses tersebut akan menentukan kualitas sumber daya manusia yang akan datang. Pelayanan kesehatan maternal neonatal merupakan salah satu unsur penentu status kesehatan.¹ Kontinuitas perawatan ibu dan anak berakar dari kemitraan klien dan bidan dalam jangka panjang dimana bidan mengetahui riwayat klien dari pengalaman dan hasil penelusuran informasi sehingga dapat mengambil suatu tindakan.²

Menurut *World Health Organization* (WHO) kesehatan ibu merupakan kunci bagi kesehatan generasi penerusnya, ibu yang sehat ketika hamil, aman ketika melahirkan, pada umumnya akan melahirkan bayi yang sehat. Oleh sebab itu angka kesakitan dan kematian ibu merupakan indikator yang penting untuk menggambarkan status kesehatan maternal. Agar posisi alamiah ini berjalan dengan lancar dan baik dan tidak berkembang menjadi keadaan patologis, diperlukan upaya sejak dini yaitu berupa asuhan kebidanan secara menyeluruh dan berkesinambungan serta upaya untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Umumnya kematian maternal (*maternal mortality*) merupakan indikator yang dipakai untuk menilai baik buruknya suatu keadaan pelayanan kebidanan (*maternity care*) dalam suatu negara atau daerah.³

Asuhan *Continuity of Care* (COC) merupakan asuhan secara berkesinambungan dari hamil sampai dengan Keluarga Berencana (KB) sebagai upaya penurunan AKI & AKB. Kematian ibu dan bayi merupakan ukuran terpenting dalam menilai indikator keberhasilan pelayanan kesehatan di Indonesia, namun pada kenyataannya ada juga persalinan yang mengalami komplikasi sehingga mengakibatkan kematian ibu dan bayi.⁴ Angka kematian

ibu (AKI) adalah jumlah kematian selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, akibat semua sebab yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan atau cedera.⁵ Angka kematian Bayi (AKB) adalah angka probabilitas untuk meninggal di umur antara lahir dan 1 tahun dalam 1000 kelahiran hidup.

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator pembangunan kesehatan suatu negara. Menurut *world health organization* (WHO) AKI sangat tinggi sekitar 830 wanita meninggal akibat komplikasi terkait kehamilan atau persalinan di seluruh dunia setiap hari. Sekitar 303.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Hampir semua kematian ibu (99%) terjadi di negara berkembang. Angka kematian ibu di negara berkembang adalah 239 per 100.000 kelahiran hidup dibandingkan 12 per 100.000 kelahiran hidup di negara maju. AKI menjadi indikator dalam pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDGs) dan masih fokus dalam upaya menurunkan AKI. Komitmen global menyepakati dalam SDGs untuk mengurangi rasio angka kematian ibu hingga kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup tahun 2030.⁶

Indonesia merupakan salah satu negara berkembang. Angka kematian ibu di Indonesia sampai saat ini masih tinggi hal tersebut merupakan masalah kesehatan yang belum dapat diatasi secara tuntas. Berdasarkan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS 2015) dalam Profil Kesehatan Indonesia (2017), kematian ibu mengalami penurunan dari 359 pada tahun 2012 menjadi 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015.⁶

Penyebab utama kematian ibu di Indonesia pada tahun 2014 –2015 yaitu perdarahan 31%, hipertensi dalam kehamilan (HDK) 26%, infeksi 6%, gangguan sistem perdarahan 6,9%, gangguan metabolik 1,33%, dan lain-lain 28,4%. Penyebab kematian ibu dapat diminimalisir apabila kualitas *antenatal care* dilaksanakan dengan baik.⁷ Keadaan yang dapat menyebabkan kondisi ibu hamil tidak sehat antara lain adalah penanganan komplikasi, anemia, ibu hamil yang menderita diabetes, hipertensi, malaria, dan empat terlalu (terlalu muda

<20 tahun, terlalu tua >35 tahun, terlalu dekat jaraknya 2 tahun dan terlalu banyak anaknya >3).⁸

Jumlah kematian ibu di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) pada tahun 2014 sebesar 40 kasus, pada tahun 2015 penurunan jumlah kematian ibu sangat signifikan yaitu menjadi sebesar 29 kasus. Penyebab kematian ibu tahun 2015 disebabkan oleh perdarahan 31%, eklampsia 10%, preeklampsia berat 17%, sepsis 7%, dan lain-lain 35%. Pada tahun 2016 jumlah kematian ibu kembali naik menjadi 39 kasus, penyebab kematian ibu adalah perdarahan 23,07%, preeklampsia 10,25%, sepsis 10,25%, eklampsia 5,1% dan lain-lain 51,28%. Pada tahun 2017 angka kematian ibu menjadi 34 kasus, penyebab kematian ibu disebabkan oleh penyakit jantung 28%, perdarahan 14%, sepsis 14%, preeklampsia 8%, kejang hipoksia 8%, hipertiroid 6%, pneumonia 5%, eklampsia, emboli, syok hipovolemik dan belum diketahui masing-masing sebesar 3%.⁹

AKI diakibatkan karena risiko yang dihadapi oleh ibu selama masa kehamilan hingga persalinan. Beberapa faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu hamil meliputi kondisi sosial ekonomi yang menjadi salah satu indikator terhadap status gizi ibu hamil, kesehatan yang kurang baik pada saat sebelum maupun dalam masa kehamilan, adanya komplikasi pada kehamilan dan saat melahirkan, adanya ketersediaan fasilitas kesehatan khususnya pelayanan terhadap prenatal dan obstetri. Selain itu, terdapat 4 kriteria “terlalu” yang juga menjadi penyebab kematian dalam maternal, yaitu terlalu muda usia ibu untuk melahirkan (usia <20 tahun), terlalu tua usia ibu saat melahirkan (usia >35 tahun), terlalu banyak jumlah anak (anak >4 orang), dan terlalu rapat jarak antar setiap kelahiran (jarak <2 tahun).¹⁰

Risiko tinggi pada kehamilan dapat ditemukan saat menjelang waktu kehamilan, waktu hamil muda, waktu hamil pertengahan, saat *in partu* bahkan setelah persalinan terutama dengan umur <20 tahun dan >35 tahun.⁹ Ibu hamil yang mengalami gangguan medis atau masalah kesehatan akan dimasukkan kedalam kategori risiko tinggi, sehingga kebutuhan akan pelaksanaan asuhan pada kehamilan menjadi lebih besar.¹¹

Masih tingginya angka kematian ibu dan bayi maka diperlukan asuhan kebidanan berbasis *Continuity of Care (COC)* mulai dari ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana. *COC* adalah pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan terus-menerus antara seorang wanita dengan bidan. Asuhan yang berkelanjutan berkaitan dengan kualitas pelayanan dari waktu ke waktu yang membutuhkan hubungan terus-menerus antara pasien dengan tenaga profesional kesehatan. Layanan kebidanan harus disediakan mulai prakonsepsi, awal kehamilan, selama semua trimester, kelahiran dan melahirkan sampai enam minggu pertama postpartum.¹² Pemberian pelayanan secara *COC* adalah suatu proses dimana pasien dan tenaga kesehatan yang kooperatif terlibat dalam manajemen pelayanan kesehatan secara terus menerus menuju pelayanan yang berkualitas tinggi, biaya perawatan medis yang efektif.¹³ Pelayanan kesehatan yang diberikan pada ibu hamil melalui pemberian pelayanan *antenatal care* terpadu minimal 4 kali selama masa kehamilan¹⁴.

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada kasus yang ditemui dilapangan yaitu pada ibu sekundipara dengan usia reproduksi sehat. Serangkaian asuhan kebidanan yang diberikan, dilakukan secara menyeluruh dari masa kehamilan, bersalin, masa nifas dan menyusui, bayi baru lahir, dan keluarga berencana (KB) dengan cara pendekatan keluarga, baik dengan kunjungan rumah atau asuhan saat di PMB Suratni, Bantul.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memberikan asuhan kebidanan secara *Continuity of Care* pada Ny. E usia 32 Tahun sesuai standar pelayanan asuhan kebidanan mulai dari kehamilan, persalinan, masa nifas, bayi baru lahir, sampai dengan pemakaian alat kontrasepsi/keluarga berencana (KB) dengan pendekatan holistik dan pendokumentasian manajemen asuhan kebidanan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melaksanakan pengkajian data secara subjektif dan objektif pada Ny. E usia 32 tahun dari kehamilan trimester III, bersalin, masa nifas dan menyusui, bayi baru lahir, dan keluarga berencann (KB) secara *continuity of care*.
- b. Mahasiswa dapat menentukan diagnosa, masalah, dan kebutuhan berdasarkan data subjektif dan objektif pada Ny. E usia 32 tahun dari kehamilan trimester III, bersalin, masa nifas dan menyusui, bayi baru lahir, dan keluarga berencann (KB) secara *continuity of care*.
- c. Mahasiswa dapat menentukan diagnosa potensial dan masalah potensial, berdasarkan hasil pengkajian data pada Ny. E usia 32 tahun dari kehamilan trimester III, bersalin, masa nifas dan menyusui, bayi baru lahir, dan keluarga berencann (KB) secara *continuity of care*.
- d. Mahasiswa dapat melakukan antisipasi tindakan dan kebutuhan segera berdasarkan diagnosa potensial yang telah ditetapkan pada Ny. E usia 32 tahun dari kehamilan trimester III, bersalin, masa nifas dan menyusui, bayi baru lahir, dan keluarga berencann (KB) secara *continuity of care*.
- e. Mahasiswa mampu melakukan penyusunan rencana asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa kebidanan, masalah kebidanan, kebutuhan, diagnosa potensial, masalah potensial dan antisipasi tindakan dan kebutuhan segera yang telah ditetapkan pada Ny. E usia 32 tahun dari kehamilan trimester III, bersalin, masa nifas dan menyusui, bayi baru lahir, dan keluarga berencann (KB) secara *continuity of care*.
- f. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan berdasarkan rencana asuhan yang telah disusun pada Ny. E usia 32 tahun dari kehamilan trimester III, bersalin, masa nifas dan menyusui, bayi baru lahir, dan keluarga berencann (KB) secara *continuity of care*.
- g. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi berdasarkan penatalaksanaan yang telah dilakukan pada Ny. E usia 32 tahun dari kehamilan trimester

III, bersalin, masa nifas dan menyusui, bayi baru lahir, dan keluarga berencann (KB) secara *continuity of care*.

- h. Mahasiswa dapat melakukan dokumentasi pada Ny. E usia 32 tahun dari kehamilan trimester III, bersalin, masa nifas dan menyusui, bayi baru lahir, dan keluarga berencann (KB) secara *continuity of care*.

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup asuhan kebidanan yang dilakukan yaitu mulai dari ibu hamil trimester III fisiologis, ibu bersalin, ibu nifas dan menyusui, bayi baru lahir sampai dengan pemakaian alat kontrasepsi setelah masa nifas (42 hari) dengan menggunakan pendekatan holistik dan pendokumentasian manajemen asuhan kebidanan secara *continuity of care*.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Dapat meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman secara langsung, sekaligus penanganan dalam menerapkan ilmu yang diperoleh selama pendidikan. Selain itu, menambah wawasan dalam menerapkan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada masa kehamilan, persalinan, masa nifas dan menyusui, bayi baru lahir, sampai dengan penggunaan alat kontrasepsi atau keluarga berenacan (KB).

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Mahasiswa Profesi Bidan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Menambah pengetahuan, pengalaman, dan wawasan, serta bahan dalam penerapan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada masa kehamilan, persalinan, masa nifas dan menyusui, bayi baru lahir, sampai dengan penggunaan alat kontrasepsi atau keluarga berenacan (KB).

b. Bagi Institusi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Laporan studi kasus ini dapat menjadi tambahan bahan pustaka agar menjadi sumber bacaan sehingga dapat bermanfaat dan menambah

wawasan bagi mahasiswa terhadap tata laksana kasus secara *continuity of care*.

c. Bagi Pasien, Keluarga.

Menambah pengetahuan dan wawasan bagi pasien, dan keluarga tentang kehamilan, persalinan, masa nifas dan menyusui, bayi baru lahir, sampai dengan penggunaan alat kontrasepsi atau keluarga berencana (KB) sehingga diharapkan mampu mengantisipasi, mencegah dan menanggulangi terjadinya kegawat daruratan dan dapat mengurangi angka morbiditas dan mortalitas khususnya pada kesehatan ibu dan anak.